DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DEL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO

(Dichiarazione resa ai sensi degli artt.46-47 del D.P.R. 445/00)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A_____NATO/A A_____ PROV.___ IL __/___/_____ RESIDENTE A_____ PROV.___ VIA/PIAZZA_____

_____ N._____ CAP_____ TEL._____ CELL._____

FAX _____ E-MAIL _____

CODICE FISCALE																

DICHIARA

- DI AVER PERNOTTATO DAL _____ AL _____ PRESSO LA STRUTTURA RICETTIVA DENOMINATA _____
- DI AVER RIFIUTATO DI VERSARE L'IMPOSTA DI SOGGIORNO AL GESTORE DELLA STRUTTURA RICETTIVA PER UN IMPORTO DI € _____ CALCOLATO SECONDO QUANTO STABILITO DAL COMUNE DI MEDICINA;
- CHE IL RIFIUTO DEL VERSAMENTO DELL'IMPOSTA DI SOGGIORNO E' DOVUTO AI SEGUENTI MOTIVI :

_____

_____

_____

COOBBLIGATI PER LEGGE
INDICARE I NOMINATIVIO DEGLI ALTRI COMPONENTI IL GRUPPO/ FAMIGLIA PER I QUALI E'RESA LA DICHIARAZIONE PER LO STESSO PERIODO

N.1_____ N.2_____

N.3_____ N.4_____

N.5_____ N.6_____

- DI ESSERE STATO INFORMATO DAL GESTORE DELLA STRUTTURA DELL'OBBLIGO DI VERSARE L'IMPOSTA DI SOGGIORNO PREVISTA DALL'ART. 4 DEL D.Lgs. N.23/2011 ED INTRODOTTA DAL COMUNE DI IMOLA CON DELIBERA DI C.C. N. 31 DEL 25/02/2015, CON DECORRENZA DAL 25/04/2015 E DI ESSERE STATO INFORMATO CHE, IN CASO DI RIFIUTO DI PAGAMENTO, IL COMUNE SI ATTIVERA' PER IL RECUPERO DELLE SOMME NON PAGATE, CON L'APPLICAZIONE DELLE SANZIONI DI LEGGE E REGOLAMENTO COMUNALE;

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____

N.B. : ai sensi dell'art. 6 del Regolamento dell'Imposta di Soggiorno del Comune di Medicina, approvato con delibera di C.C. n. 35 del 25/03/2015, è fatto obbligo al gestore di conservare tutta la documentazione per almeno 5 anni dalla data del documento e di metterla a disposizione in qualunque momento su richiesta dell'Ufficio Tributi Associato.